

付表第二号（二） 夜間対応型訪問介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号										
	フリガナ										
	名 称										
	所在地	(郵便番号 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村									
	連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号				
	Email										
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 ー)					
	氏 名										
	生年月日										
	当該夜間対応型訪問介護事業所で 兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)										
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
オペレーションセンターの有無				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
オペレーションセンターのか所数				か所							
従業者の職種・員数		訪問介護員等				オペレーター		面接相談員			
		定期巡回サービス		随時訪問サービス							
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
常 勤 (人)											
非常勤 (人)											

(夜間対応型訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ										
	名 称										
	所在地	(郵便番号 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村									
	連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号				
		Email									

備考

1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。

2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

3 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。